

Vollmacht für die Krankenversicherung

Hiermit ermächtigt die vollmachtgebende Person

☐ Frau ☐ Herr

Vorname, Name

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Versichertennummer

Geburtsdatum

Mobiltelefon

Mail

die nachstehend genannte bevollmächtigte Person

☐ Frau ☐ Herr

Vorname, Name

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Mobiltelefon

Mail

bei der CONCORDIA Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG und der CONCORDIA Versicherungen AG (nachfolgend CONCORDIA) die folgenden Rechtshandlungen vorzunehmen:

- ☐ Mündliches und schriftliches Einholen sämtlicher Auskünfte und Dokumente
- ☐ Kündigungen und Mutationsmeldungen (z. B. Name, Adresse, Zivilstand, Vertragsänderungen, Auszahlungskonto)
- ☐ _____

Zustelladresse für Postsendungen

- ☐ Die vollmachtgebende Person ist ausserdem damit einverstanden, dass Postsendungen einzig an die Adresse der bevollmächtigten Person verschickt werden, mit folgenden Auswirkungen:

Zustellung Korrespondenz	Die vollmachtgebende Person ermächtigt die CONCORDIA sämtliche Korrespondenz mit Rechtswirkung (z. B. Police, Prämienrechnungen und Leistungsabrechnungen) per Post an die bevollmächtigte Person zuzustellen.
myCONCORDIA	Die Zugangsberechtigung der vollmachtgebenden Person zu myCONCORDIA erlischt.
Auskünfte	Die CONCORDIA wird berechtigt, der bevollmächtigten Person sämtliche Auskünfte mündlich und schriftlich zu erteilen. Diese Berechtigung gilt unabhängig von der oben genannten Rechtshandlung.

Nur ausfüllen, wenn die bisherige Bankverbindung nicht mehr gilt.

[illegible]

Name, Vorname kontoinhabende Person

Adresse kontoinhabende Person

☐ monatlich

☐ zweimonatlich

☐ vierteljährlich

☐ halbjährlich

○ jährlich

☐ Swiss Direct Debit (PostFinance)*

○ LSV+ (Bank)*

☐ Einzahlungsschein** ☐ Sammelrechnung

* Bitte separates Formular ausfüllen.

** Die CONCORDIA bietet eBill an.

Mit vorliegender Vollmacht entbindet die vollmachtgebende Person die CONCORDIA vorbehaltlos vom Berufsgeheimnis bzw. von der Schweigepflicht gegenüber der bevollmächtigten Person. Dies gilt insbesondere auch für vertrauensärztliche Akten.

Ort, Datum

Unterschrift der vollmachtgebenden Person oder
gesetzlichen Vertretung

Ort, Datum

Unterschrift der bevollmächtigten Person

Bitte senden Sie das ausgefüllte und unterzeichnete Formular mit der Kopie des amtlichen Ausweises an:
CONCORDIA, Versicherungstechnik Privatkunden, Bundesplatz 15, 6002 Luzern.